

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

354

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 21 Mai 1898, à 1 heure

PAR

Émile AUDAT

Né à Tours le 17 août 1872

DE LA

RHINO-PHARYNGITE

Chez les Enfants

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

MARIE et LETULLE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 21 Mai 1898, à 1 heure

PAR

Emile AUDAT

Né à Tours le 17 août 1872

DE LA

RHINO-PHARYNGITE

Chez les Enfants

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

MARIE et LETULLE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	CACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : **M. CH. PUPIN.**

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mes Parents

A ma Famille

A mes Amis

A mes Maîtres de l'Ecole de Tours

A mes Maîtres de l'Hôtel-Dieu de Blois

A Monsieur le Docteur Comby

Médecin à l'hôpital des Enfants-Malades

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Hutinel

Médecin à l'hospice des Enfants-Assistés

Professeur de pathologie interne

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, au moment de quitter tous nos professeurs, nous tenons à leur adresser l'assurance de notre plus profonde reconnaissance.

Nous ne saurions trop remercier nos maîtres de l'École de Médecine de Tours, et en particulier, M. Barnsby, directeur de l'Ecole, qui, pendant quatre ans, nous ont donné les preuves du plus bienveillant intérêt.

Nous ne saurions oublier non plus sans ingratitude les bons conseils et l'affectueuse direction de nos chefs de l'Hôtel-Dieu de Blois, pendant nos deux années d'internat. Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous garderons toujours également le meilleur souvenir de nos maîtres dans les hôpitaux de Paris ; mais nous tenons tout particulièrement à remercier l'un d'eux, M. Comby, qui a guidé nos premiers pas dans l'étude ardue des maladies de l'enfance ; c'est lui qui nous a inspiré cette thèse et qui a posé pour nous les premiers jalons de ce modeste travail.

Que Monsieur le Professeur Hutinel qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse reçoive ici l'assurance de notre plus vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait.

INTRODUCTION

Fréquemment l'on voit des enfants qui depuis longtemps sont atteints d'une toux que rien ne peut arriver à faire disparaître ; leur nez coule constamment ou est obstrué par des mucosités ; les parents ne se sont pas trop alarmés au début, car l'état général reste bon, et les rhumes sont si fréquents chez les enfants !

Mais, après avoir donné quelques calmants sans résultat, usé de tous les balsamiques connus, employé même des révulsifs, teinture d'iode, cataplasme sinapisé, vésicatoire, etc., on commence à s'inquiéter. Après avoir parlé d'abord de simple rhume, on prononce les mots plus graves de bronchite, de coqueluche ; on parle même de tuberculose pulmonaire.

Plusieurs médecins ont été consultés ; le diagnostic reste hésitant ; le mot de tuberculose pulmonaire est sur les lèvres ; on ausculte ; cherchant un diagnostic, on croit trouver quelques différences d'auscultation des deux côtés de la poitrine, et on se rabat sur l'adénopathie trachéo-bronchique.

Et l'enfant conserve son affection en dépit de tous les soins et de tous les traitements, avec des alternatives d'amélioration ou d'aggravation, jusqu'à ce qu'on s'avise un jour d'examiner la gorge. Et l'on découvre alors la

cause de tout le mal, la pharyngite, jointe le plus souvent au catarrhe nasal : la rhino-pharyngite.

Dans ce court exposé, tout en faisant une monographie aussi complète que possible de la question, passant successivement en revue l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement, nous insisterons surtout sur le côté diagnostic. Les symptômes de la rhino-pharyngite ne présentent en effet rien de bien spécial ; c'est d'ailleurs cette communauté, cette banalité de symptômes qui fait son intérêt pour le praticien ; n'y pensant pas, on la méconnaît le plus souvent, d'où erreur de diagnostic, de pronostic, et par suite traitements inutiles, alarmes des parents, persistance de l'affection.

Après avoir étudié rapidement les affections qui sont le plus souvent prises pour elle, nous nous arrêterons tout particulièrement sur l'adénopathie trachéo-bronchique ; c'est là une question d'un grand intérêt pratique, et toute d'actualité ; tout le monde connaît l'adénopathie bronchique tuberculeuse ; son existence repose non seulement sur des signes cliniques plus ou moins nets, mais encore sur des vérifications anatomiques que l'on a malheureusement trop souvent l'occasion de faire dans les hôpitaux. Par contre, l'adénopathie simple, congestive ou inflammatoire, manque de base anatomique ; nous essaierons de démontrer qu'on a beaucoup trop abusé depuis quelque temps de ce nouveau diagnostic, et, qu'en somme, si l'adénopathie simple existe, son existence clinique est dans bien des cas sujette à caution.

Historique

Dans la plupart des traités qui s'occupent spécialement des maladies de l'enfance, on parle d'angines, de pharyngites, de rhinites ; on décrit minutieusement les symptômes, mais on n'insiste pas sur leur importance au point de vue du diagnostic ; ces affections qui sont fréquentes chez l'adulte, sont bénignes le plus souvent, et n'ont pas un grand intérêt diagnostique, car l'adulte peut indiquer à peu près le siège de son mal ; on s'habitue trop à croire que l'enfant peut faire de même, et l'on passe vite sur ces chapitres de pathologie.

Ollivier, dans ses leçons cliniques sur les enfants, 1889, s'est pourtant assez longuement étendu sur ce sujet. Parlant de l'angine glanduleuse, il dit : « J'ai presque toujours, en même temps que l'angine, constaté un catarrhe des fosses nasales postérieures, déterminant un écoulement épais, visqueux, grisâtre, sur la paroi postérieure du pharynx. En dehors des poussées aiguës, le contenu des fosses nasales n'était évacué que par expectoration ; les enfants mouchaient seulement par la bouche. L'hypersécrétion qui trouve son écoulement vers le pharynx, irrite la paroi postérieure, augmente sa sécrétion et amène à la longue l'hypertrophie de ses glandes ».

Suivent plusieurs observations ; nous en reproduisons

plus loin une, tout à fait probante, et reproduisant au complet le tableau de la rhino-pharyngite.

« Je suis sûr, dit de plus Ollivier, qu'il vous est resté de vos lectures, de vos observations, l'impression que l'angine glanduleuse est une maladie de l'âge adulte, qu'elle affecte rarement ou épargne les premières années. Chomel affirme ne l'avoir jamais vue au dessous de 15 ans, et G. de Mussy en a soigné seulement quelques cas chez les enfants ». Et dans sa clinique, il essaie de montrer que les enfants n'en sont point exempts ; qu'au contraire ils en sont très souvent affectés ; et il conseille pour les en débarrasser des pansements locaux et des lavages du nez.

Après avoir lu le passage rapporté plus haut, dans lequel Ollivier rattache nettement les granulations au cataracte, n'est-il pas juste de dire qu'il avait déjà bien vu cette affection.

Elle resta cependant dans l'oubli, tout au moins au point de vue clinique, et on continua à la considérer comme une affection rare chez l'enfant. « La pharyngite chronique, écrit encore Descroizilles en 1891, s'accompagne souvent de coryza et de laryngite chroniques. Sa durée est très longue, et sa guérison indéfiniment retardée par des poussées aiguës et des récidives. La forme chronique n'est pas exceptionnelle chez les enfants, mais elle est relativement rare, au moins jusqu'à l'adolescence ».

Pourtant Wladimir de Holstein (Semaine médicale, 17 février 1892), après un court exposé clinique, consacre d'assez longues lignes à son traitement.

Que d'enfants vous seront amenés pour de la surdité, de la bronchite chronique, de l'asthme même, et qui devront tous ces troubles à une lésion du pharynx, dit M. J. Simon, la même année dans la Semaine médicale.

Moure (Bulletin médical, 1895) reconnaît que les symptômes classiques de l'angine glanduleuse se rencontrent souvent alors même qu'il n'y a pas de granulations, « souvent même la paroi est plutôt lisse qu'hypertrophiée ». C'est bien souvent l'examen des cavités nasales ou nasopharyngiennes qui donne la clé des troubles constatés.

Millon (Journal de médecine de Paris, 1896) dans une communication à la société médicale du IX^e arrondissement, met la question nettement en lumière. « Nous ne sommes pas loin d'admettre que, en dehors des conditions saisonnières particulières, sur les enfants qui toussent, presque un quart toussent de leur pharynx et non pas de leurs bronches ».

Peu de temps après, paraît la thèse de Palas (La toux pharyngée chez les enfants, Paris, 17 décembre 1896), mais se plaçant à un point de vue plus général, plus didactique, Palas envisage toutes les causes de toux pharyngée. Hypertrophie des amygdales palatines, amygdalite folliculeuse, végétations adénoïdes, pharyngite granuleuse, catarrhe naso-pharyngien, hypertrophie de l'amygdale linguale, hypertrophie de la luette ; il fait une étude de laryngologiste ; nous, voulant rester sur le terrain de la pratique ordinaire, nous n'envisageons qu'un des côtés de la question, le plus fréquent, tout en reconnaissant que Palas a

bien vu ce que nous voulons décrire, sans toutefois y attacher peut-être l'importance diagnostique qu'il aurait fallu.

Gastou (La toux nocturne spasmodique émétisante des jeunes enfants et le coryza, *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, décembre 1896) étudie également la question, mais il n'insiste que sur l'une de ses faces, le coryza.

En février 1897, dans la *Médecine Moderne*, Comby, qui déjà dans son *Traité des Maladies de l'Enfance*, avait esquissé le sujet, publie un article sur le catarrhe nasopharyngien chez les enfants, dans lequel il fait une courte étude d'ensemble de l'affection et insiste sur l'importance du diagnostic, article qui, d'ailleurs, nous nous empressons de le dire, nous servira de guide, puisque c'est d'après les conseils et les instructions de M. Comby que nous avons entrepris cette thèse.

Enfin, dans le récent *Traité des maladies de l'Enfance*, Cuvillier (article Pharyngite chronique) et Boulay (article Rhinite chronique) exposent séparément les deux ordres de symptômes qui atteignent deux organes différents, quoique solidaires l'un de l'autre, le nez et la gorge, et qui, par leur alliance, caractérisent l'affection que nous allons décrire.



Symptomatologie

La rhino-pharyngite affectant à la fois deux organes, le nez et le pharynx, il s'ensuit que nous aurons deux ordres de symptômes bien distincts à étudier, les uns se rapportant aux cavités nasales, les autres au pharynx ; mais, ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que des symptômes nasaux résultent le plus souvent les symptômes pharyngiens ; autrement dit, c'est de la rhinite que découle presque toujours la pharyngite.

Du côté du nez, nous observons soit un catarrhe, soit une obstruction. L'enfant aura une sécrétion nasale exagérée ; il mouchera continuellement, ou, s'il est plus jeune, aura constamment la morve au nez, suivant l'expression vulgaire. Mais l'orifice extérieur des fosses nasales ne suffira pas à évacuer les sécrétions ; l'orifice postérieur devra lui aider, et de là résulteront les symptômes très importants que nous étudierons plus loin.

Comme nous le disions tout à l'heure, il peut ne pas y avoir d'hypersécrétion apparente ; l'enfant ne mouche pas, il y a obstruction ; mais qu'on ne s'y trompe pas : on pourrait laisser passer inaperçu le catarrhe ou l'inflammation de la muqueuse ; en y regardant de plus près, on verra que les fosses nasales sont obstruées, soit par des croûtes, produits desséchés d'une sécrétion devenue moins abondante,

hypertrophie de la pituitaire, les végétations adénoïdes enfin. Mais là une question importante se pose : Les végétations sont-elles la cause ou l'effet du catarrhe ?

Déjà nous rencontrons dans Ollivier cette phrase : « Ce catarrhe accompagne souvent les tumeurs adénoïdes ; peut-être contribue-t-il à leur développement ; celles-ci à leur tour l'entretiennent certainement. »

Plus loin, il est plus affirmatif : « L'hypersécrétion qui trouve son écoulement vers le pharynx irrite la paroi postérieure, augmente sa sécrétion et amène à la longue l'hypertrophie de ses glandes. »

Gastou signale au nombre des complications du coryza postérieur les végétations adénoïdes.

Enfin, Cuvillier reconnaît que, à part quelques exceptions, « l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée est le résultat de poussées successives inflammatoires, d'adénoïdites, dont la résolution imparfaite augmente, à chaque crise aiguë, le volume de la masse enflammée et finit par constituer la tumeur adénoïdienne. C'est bien établir l'importance des irritations locales : rhinites, rhino-pharyngites, pharyngites. »

« Le coryza chronique, dit Comby, explique l'hypertrophie des follicules clos du pharynx. L'air trouvant un obstacle dans les cavités nasales passe directement par la bouche et vient irriter directement le pharynx. De plus les mucosités purulentes qui s'écoulent le long du pharynx dans les cas de coryza postérieur irritent par leur contact les follicules clos et la muqueuse elle-même. »

Boulay (Tr. des Maladies de l'Enfance, 1897) sans être aussi catégorique, avoue cependant que le catarrhe nasal chronique coexiste souvent avec les végétations et que son rôle dans la gêne respiratoire peut égaler et parfois surpasser celui des végétations. Cette coexistence explique bon nombre d'insuccès ou de prétendus insuccès de l'ablation de ces dernières ; les végétations étant enlevées et le pharynx désobstrué, la respiration nasale ne se rétablit pas ou ne se rétablit qu'imparfaitement, parce que les fosses nasales restent en parties comblées par la muqueuse tuméfiée, malade pour son propre compte.

De tout cela, que conclure, sinon que le plus souvent la rhino-pharyngite est cause des végétations adénoïdes, mais que, d'autre part, les végétations entretiennent le catarrhe.

A toutes ces causes il faut évidemment joindre le vulgaire coryza et la vulgaire pharyngite, qui, lorsqu'elles trouvent un terrain tout préparé, passent si facilement à l'état chronique. Aussi les saisons froides amènent-elles aux consultations un grand nombre de ces petits malades, tandis que ceux-ci deviennent beaucoup plus rares à l'apparition des beaux jours.

Quant à l'âge, nous dirons que l'affection s'observe aussi bien chez les nourrissons que chez les enfants de 13 à 14 ans.

Étiologie

Une grande chose domine toute l'étiologie de la rhinopharyngite : c'est le terrain. La plupart du temps en effet, les enfants atteints sont des lymphatiques, des scrofuleux. « Certains enfants, dit Comby, de souche arthritique, tuberculeux ou scrofuleux, présentent un développement insolite de leur système lymphatique ; leurs ganglions sous-cutanés sont gros, leurs chairs sont molles et comme gorgées de lymphes ; leurs organes lymphoïdes (amygdales, follicules clos) sont hypertrophiés. La muqueuse qui revêt et entoure ces amas de tissu adénoïde est elle-même épaissie, molle et se laisse aisément enflammer. »

Aussi les enfants ont-ils souvent un air pâle, ont mauvaise mine, paraissent débilités.

Les fièvres éruptives, qui se traduisent surtout au début par un catarrhe plus ou moins marqué des muqueuses nasale et pharyngée, en sont souvent l'origine, surtout quand elles agissent sur un terrain prédisposé, parmi elles, il faut citer en première ligne la rougeole et la scarlatine, la rougeole principalement, que nous retrouvons souvent dans les antécédents de nos petits malades qui viennent à la consultation.

Ajoutons à cela les tumeurs des fosses nasales, les affections des sinus, les déviations de la cloison, une hy-

et qui a trouvé un passage plus libre en arrière. soit par hypertrophie de la muqueuse enflammée.

Et qu'en résulte-t-il ? C'est que l'enfant respire la bouche ouverte, l'air ne trouvant plus une porte d'entrée suffisante par la voie naturelle ; il sera sujet à des étternuements répétés ; il aura « le nez bouché » ; il ne mouche pas, disent les parents.

Dans d'autres cas enfin, il n'y a pas du tout de coryza antérieur. Les fosses nasales postérieures sont seules malades.

Chez le nourrisson, les troubles respiratoires dominent la scène ; la respiration se fait la bouche ouverte ; elle est pénible, très bruyante et peut en imposer, comme nous le verrons au chapitre du diagnostic. pour un cornage d'origine plus profonde ; les ailes du nez sont animées de battements précipités, comme s'il s'agissait d'une dyspnée aiguë broncho-pulmonaire. Pendant la nuit, la difficulté respiratoire s'exagère encore ; la respiration se faisant presque complètement par la bouche et le voile du palais étant relâché, il se produit un ronflement plus ou moins intense. Le peu d'air qui passe par le nez, obligé dans les arrièrenarines de traverser des mucosités nombreuses, donne naissance à un bruit de glouglou qui vient encore renforcer le ronflement et qui constitue l'une des formes de ce qu'on a décrit sous le nom de respiration stridoreuse des nouveau-nés. Le manque d'air d'une part, l'encombrement de l'arrière-gorge d'autre part par des mucosités qui viennent tomber sur le larynx, tout cela produit un certain

degré d'asphyxie. Cette asphyxie amène un sommeil agité, des cauchemars ; l'enfant se réveille fréquemment en proie à de l'oppression, le visage livide, couvert de sueurs et les parents épouvantés croient qu'il va étouffer ; parfois il y a des convulsions.

La respiration par la voie nasale se trouvant supprimée, l'enfant se trouve dans l'impossibilité de respirer et de têter en même temps. Si l'on essaie de le faire têter ou de le faire boire, après avoir pris bruyamment quelques gorgées de lait, il se rejette brusquement en arrière, se contractant et ouvrant largement la bouche pour inspirer l'air qui lui manque. Il avale de travers, se met à tousser, et fréquemment vomit le peu de nourriture absorbée. D'où une cause de dénutrition importante. (Cuvillier).

Dans la deuxième enfance, le tableau est moins effrayant, mais quel que soit l'âge, ce coryza manifestera toujours sa présence par un écoulement muqueux ou muco-purulent de l'arrière-gorge, écoulement plus ou moins abondant, glissant entre les piliers postérieurs du voile, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx « comme un torrent dans une gorge » (Gastou).

Et ce coryza, on le reconnaîtra si l'on veut bien examiner la gorge de l'enfant ; sinon, très apparent quand il est à la fois antérieur et postérieur ; il passera inaperçu quand il n'est que postérieur.

Maintenant que nous connaissons l'existence, chez ces petits malades, d'un coryza, il nous est facile d'établir le reste des symptômes.

Que va-t-il résulter, en effet, de cette sécrétion ? Les mucosités agglomérées, visqueuses, muco-purulentes, au lieu de sortir par l'orifice externe des fosses nasales, vont passer par l'orifice interne ; de là elles gagneront le pharynx qu'elles vont irriter ; l'inflammation de la muqueuse, commencée dans les fosses nasales, va se continuer dans le pharynx, et aux symptômes habituels du coryza chronique vont se joindre ceux de la pharyngite chronique.

C'est alors qu'apparaît un symptôme objectif de grande importance, et pour la famille et pour le médecin. L'enfant ne peut le dissimuler, mais justement parce qu'il est enfant, il ne sait à quoi en rapporter la cause ; un adulte sait bien, la plupart du temps, quand il souffre de ses bronches ou de sa gorge ; chez l'enfant, on n'a pas cette ressource de l'interrogatoire. Et pourtant c'est ce symptôme qui effraie tant l'entourage de l'enfant, qui lui fait porter le plus fâcheux pronostic, et ce symptôme, c'est la toux. C'est donc au médecin à en rechercher la cause.

Palas, dans sa thèse, a déjà fait de cette toux une bonne étude, mais il en fait une question de pathologie générale spéciale ; laryngologiste, il passe successivement en revue toutes les affections du pharynx et du larynx qui peuvent la déterminer. Au point de vue où nous nous plaçons, c'est-à-dire considérant la toux comme symptôme d'une affection bien définie, nous ne trouvons guère que dans les mémoires de Millon et de Comby des indications bien nettes. Gastou, cependant, dans un cadre plus res-

treint, envisageant les conséquences du coryza, chez le petit enfant, y consacre quelques bonnes pages.

Cette toux revêt deux formes, mais la première est de beaucoup la plus fréquente,

Celle-ci est grosse, humide ; elle procède par quintes répétées, survenant à certains moments nettement déterminés par la position, de l'enfant ; elle survient surtout a nuit ; pendant le jour en effet, dans la position verticale, les mucosités peuvent sortir et trouver un écoulement plus facile ; et cependant, même pendant le jour, quand l'enfant se livre à des jeux, à des exercices un peu violents, nécessitant un certain effort : s'il se met en colère, s'il pleure, le séjour des mucosités sur la paroi excitable du pharynx produit le phénomène ; mais c'est surtout la nuit, dans le décubitus dorsal et le matin au réveil que les quintes reviennent ; à ce moment, en effet, le muco-pus descend vers le larynx et éveille le réflexe ; chez les enfants un peu âgés les crachats sont expulsés par la bouche, mais chez les petits, ils sont déglutis.

Cette toux peut s'accompagner de nausées et de vomissements ; elle est émétisante, comme le dit Gastou. Quand les quintes sont violentes, les mucosités expulsées sont quelquefois même striées de sang.

Le caractère spasmodique de la toux est dû à ce que les crachats tombent sur la région aryténoïdienne et les cordes vocales et déterminent un réflexe qui provoque le spasme glottique et l'étouffement.

Et même, s'il faut en croire Mackenzie, cité dans la

thèse de Palas, le catarrhe nasal à lui seul peut produire la toux. De recherches minutieuses en effet, Mackenzie conclut qu'il existe dans les fosses nasales une zone tussigène bien définie dont l'excitation est susceptible de provoquer la toux ; cette zone correspond, d'après lui, à la portion de la pituitaire qui tapisse l'extrémité postérieure du cornet inférieur et la moitié postérieure de la cloison.

D'autre part, l'air arrive trop vite, trop directement dans le larynx ; il n'a eu le temps d'éprouver ni l'élévation thermique nécessaire ni l'espèce de filtration qu'il subit en passant par les narines et les fosses nasales ; d'où cause de toux.

Quoi qu'il en soit de toutes ces causes secondaires, il n'en est pas moins vrai que la cause principale est la chute des mucosités dans le pharynx.

Cette toux, par sa violence, peut déterminer de la congestion de la face et du larmolement.

A côté de cette variété de toux, il en existe une seconde sur laquelle nous n'insisterons pas, car elle n'existe que chez les enfants déjà grands et ressemble fort par conséquent à celle de l'adulte ; c'est une toux presque continue, ne cessant guère qu'au moment des repas et pendant le sommeil, caractérisée non plus par des quintes, mais des secousses isolées de roulement sonore (ou hem. caractéristique), et fatigante autant pour l'entourage que pour le patient. Cette toux ne s'accompagne pas de mucosités abondantes, mais de temps en temps du rejet d'une

petite boule, de la grosseur d'un grain de chénevis, de mucus grisâtre congloméré (Cuvillier).

Les autres manifestations qui chez l'adulte ou l'adolescent accompagnent habituellement la pharyngite ne s'obtiennent guère chez le petit enfant, ou du moins si elles existent, celles-ci étant subjectives, l'enfant n'en peut rendre compte. Les sensations de sécheresse, de picotements ou de chatouillements, de corps étrangers, que provoquent dans la gorge des amas de mucosités se traduisent chez nous par de la douleur, mais le plus souvent par une simple gêne. Comme c'est l'interrogatoire seul qui peut nous en avertir, chez nos petits malades ces symptômes, sont tout à fait accessoires, et on n'a guère à s'en occuper.

Cependant, à l'occasion d'un refroidissement, d'un changement de température, il survient des poussées inflammatoires au moment desquelles les symptômes s'accroissent, la toux devient plus fréquente et plus impérieuse, le catarrhe nasal plus abondant ; il peut même s'y joindre indépendamment des complications que nous étudierons plus loin, de la douleur à la déglutition, des douleurs à caractères névralgiques s'irradiant vers l'oreille. Ces crises se calment assez rapidement, mais en laissant les lésions naturellement plus marquées qu'auparavant.

Enfin, il peut exister parfois un enrouement plus ou moins considérable, dû à l'affection laryngienne concomitante car le larynx n'est pas sans être touché plus ou moins par ce catarrhe qui affecte toute la gorge.

Nous venons d'étudier les symptômes fonctionnels, voyons maintenant ce que nous trouvons à l'examen.

Et d'abord, comment doit-on examiner la gorge d'un enfant ? Nous ne saurions mieux faire pour répondre à cette question que rappeler les excellents préceptes que donne Cuvillier dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*. Mettez l'enfant devant vous, en pleine lumière, la bouche largement ouverte ; l'abaisse-langue, placé sur la langue de manière à ne pas dépasser la réunion des $\frac{2}{3}$ antérieurs et du $\frac{1}{3}$ postérieur, la déprime doucement, en la maintenant derrière l'arcade dentaire inférieure. L'enfant doit respirer largement et tranquillement ; et la première inspection faite dans cette position, on lui demandera de prononcer la voyelle A à haute voix et intelligiblement, sans donner de son guttural ou de râchement. L'émission de cette voyelle amène l'élévation du voile et permet de voir une partie de la muqueuse cachée derrière la luette. En suivant cette méthode, on évitera les contractions spasmodiques du voile, et les réflexes nauséux qui épaississant et congestionnant anormalement la paroi postérieure du pharynx, pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic ; et seulement si la circulation de retour est normalement établie, on jugera bien des caractères objectifs.

Alors que voit-on ? Un amas épais de mucosités qui découlent du rhino-pharynx, mucosités épaisses, visqueuses, plus ou moins adhérentes à la paroi postérieure du pharynx ; parfois la cavité paraît absolument libre ; c'est qu'elle vient d'être dégagée par un effort de toux ; mais.

si, enfonçant brusquement l'abaisse-langue, on produit un effort de vomissement, le voile du palais en s'élevant en arrière exprime les mucosités contenues entre sa face supérieure et la paroi du pharynx et l'on voit apparaître un flot de pus.

Si maintenant, avec un tampon d'ouate hydrophile, on débarrasse la gorge de ces sécrétions purulentes, la paroi apparaît rouge et irrégulière ; tout le pharynx buccal, les piliers et même le bord du voile du palais sont atteints par cette rougeur ; la muqueuse est hérissée d'aspérités qui lui donnent un aspect accidenté et chagriné, dû en partie aux saillies que le mucus transparent forme en débordant des orifices glandulaires ; si, en effet on repasse un tampon d'ouate, la muqueuse paraît beaucoup moins irrégulière, et on recueille du mucus en quantité assez abondante.

D'autres fois, ce sont de véritables granulations, qui apparaissent sous la couche du mucus, granulations pâles, jaunâtres, translucides, gélatiniformes, molles et arrondies.

D'autres fois, la muqueuse est très saillante, boursofflée, molle, tomenteuse, et saignant même facilement.

D'autres fois enfin, la paroi est lisse et vernie, avec des arborisations vasculaires.

Quant aux amygdales, leur volume est tantôt accru, tantôt diminué.

Tel est le tableau de la rhino-pharyngite. Ce qui domine toute son histoire, c'est le catarrhe, c'est lui qui produit les lésions secondaires, qui entraîne les symptômes observés. Il convient, dit Moure, de ne pas exagérer l'im-

portance des granulations pharyngées et de ne point leur attribuer un rôle qu'elles n'ont pas dans la pathogénie symptomatique de cette région. Ces sortes de saillies se rencontrent en effet, et très fréquemment, volumineuses, discrètes ou confluentes, sur le pharynx de malades ne se plaignant nullement de souffrir de la gorge ; c'est ainsi que chez les enfants dont la paroi pharyngienne est presque toujours granuleuse, on n'observe aucun des signes pouvant être uniquement et directement rattachés à cette hypertrophie locale.

Réciproquement, chez des personnes présentant les symptômes classiques de l'angine glanduleuse, pas de granulations. Souvent même la paroi est plutôt lisse qu'hypertrophiée. C'est bien souvent l'examen des cavités nasales ou naso-pharyngiennes qui donne la clé des troubles constatés.



Anatomie pathologique

Sur ce chapitre, nous serons très bref ; nous plaçant surtout au point de vue clinique, nous n'avons guère à nous occuper naturellement dans cette étude des lésions microscopiques, quel que soit leur intérêt. Et d'ailleurs la rhino-pharyngite étant le plus souvent un catarrhe chronique ne détermine que les lésions banales que toute inflammation chronique produit sur une muqueuse ; si, à la longue, elle entraîne des complications, ces complications constituent à elles seules des affections distinctes, autant de chapitres de pathologie, ayant leur anatomie pathologique spéciale, et nous n'avons pas à nous appesantir sur elles.

Néanmoins, nous devons dire quelques mots des lésions le plus souvent constatées.

Ces lésions d'ailleurs sont secondaires ; car à part l'élément catarrhal constitué par la dilatation des vaisseaux, la diapédèse des leucocytes, la multiplication et la chute des cellules épithéliales, l'infiltration embryonnaire du chorion, l'œdème de la muqueuse, tout le reste n'est qu'une conséquence de l'inflammation chronique de la paroi.

On observe deux sortes de granulations : les unes dues aux saillies que forme le mucus transparent en débordant des orifices glandulaires, les autres dues à l'hypertrophie

des follicules clos ; les mailles du réticulum lymphatique sont gorgées de cellules ; plusieurs follicules en général se réunissent pour constituer la granulation ; au centre existe un orifice, correspondant au conduit excréteur de la glande acineuse sous-jacente. Les vaisseaux sont très nombreux et dilatés ; les veines prennent les caractères variqueux.

Quant aux végétations adénoïdes, nous n'avons pas à faire ici leur anatomie pathologique ; bien que considérées par beaucoup plutôt comme conséquence du catarrhenasopharyngien que comme cause, et constituant de véritables tumeurs lymphatiques d'origine inflammatoire, il est évident qu'elles provoquent par elles-mêmes tout un ordre de symptômes bien spéciaux, et par conséquent leur étude anatomique sort du plan que nous nous sommes tracé.

Du côté du nez, il y a infiltration du tissu conjonctif par des éléments embryonnaires et des cellules migratrices : il peut s'y joindre une prolifération des glandes et des vaisseaux ; l'épithélium glandulaire présente souvent des lésions dégénératives.



Marche, pronostic

La marche est celle des affections chroniques ; pendant des semaines et des mois, les enfants présentent les mêmes symptômes ; ils sont enrhumés et toussent constamment, parce qu'on n'a pas reconnu la plupart du temps l'origine de l'affection ; on a appliqué un traitement général là où un traitement local était indispensable, je ne veux pas dire par là suffisant ; et les parents se sont alarmés, et souvent non sans raison, car nous verrons au chapitre des complications tout ce que peut entraîner ce simple catarrhe méconnu ou négligé.

Malgré le diagnostic fait, malgré un traitement local approprié, il faut bien l'avouer cependant, l'affection est sujette à récidives. Il y a des améliorations, des atténuations de la maladie ; souvent même, à la suite d'un traitement bien dirigé, des guérisons, mais qui malheureusement ne sont fréquemment que temporaires. Car, il ne faut pas l'oublier, comme nous l'avons dit dans un chapitre précédent, ce qui domine par dessus tout dans l'étiologie de l'affection, c'est le terrain ; les petits malades sont des lymphatiques, des strumeux ; rien d'étonnant alors que chez ces prédisposés l'affection traîne en longueur et passe à l'état chronique, comme chez eux les catarrhes. Chez ces lymphatiques en effet, ce catarrhe produit des granula-

tions, des végétations adénoïdes, etc , qui, à leur tour, par une sorte de cercle vicieux, entretiennent la maladie, l'effet devenant à son tour la cause.

D'autre part, le moindre refroidissement ramène le catarrhe sur ce terrain tout préparé.

Il résulte de tout cela que le pronostic sans être grave est néanmoins assez sérieux, du moins au point de vue de la longueur de l'affection ; et même, si l'on considère les suites immédiates et les complications qui peuvent s'ensuivre, on se convainc facilement que le médecin ne doit pas la négliger comme une affection sans importance et indigne de retenir son attention en raison de sa banalité.

Comme conclusion de ce chapitre, nous dirons que si la rhino-pharyngite est une affection le plus souvent bénigne, c'est en même temps une affection tenace, qui peut durer fort longtemps si elle est méconnue ou mal soignée, et qu'il faut surveiller avec grand soin les petits malades sous peine d'avoir de fausses guérisons, indépendamment des complications que nous allons maintenant étudier.



Complications.

1° La plus importante de toutes est certainement constituée par les végétations adénoïdes. Nous ne voulons pas dire par là que tous les adénoïdiens aient du catarrhe nasopharyngien, Il y a une affinité étroite entre le tempérament lymphatique et les lésions adénoïdes du pharynx ; les adénoïdiens sont des lymphatiques, et en même temps que l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, il n'est pas rare d'observer le développement anormal d'autres organes lymphatiques ; la rhino-pharyngite se déclare également chez des lymphatiques ; il n'est donc pas surprenant que les deux affections se rencontrent chez le même sujet ; elles peuvent être indépendantes, et le lymphatisme suffit à lui seul à produire les lésions adénoïdes ; c'est là du moins l'opinion généralement admise, car le Dr Bartoli, dans un important travail sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal (Th. de Paris, 93), soutient le contraire. Mais il n'en est pas moins vrai que la rhino-pharyngite peut être le point de départ des végétations ; c'est l'inflammation qui joue le principal rôle : « Sauf le cas où l'affection est congénitale, dit Cuvillier, on peut dire que l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée est le résultat de poussées successives inflammatoires ». Les végétations adénoïdes une fois constituées, il faut reconnaître que l'inverse est vrai aussi

et les végétations entretiennent à leur tour le catarrhe rhino-pharyngien.

Nous ne considérons pas comme complication les granulations que l'on rencontre sur la paroi du pharynx ; nous en avons parlé à la symptomatologie, et elles rentrent par leur fréquence dans le tableau habituel de la rhino-pharyngite.

2° Une deuxième complication aussi fréquente est l'otite moyenne ou la salpyngite. La cavité naso-pharyngienne communique chez l'enfant d'une manière très large avec l'oreille moyenne par le conduit tubaire ; aussi peut-on dire que toute inflammation de l'arrière-gorge chez l'enfant est en même temps une inflammation de l'arrière-nez devant retentir d'un façon plus ou moins fâcheuse sur l'oreille. « Nous pensons, dit Moure, que la plupart des troubles auriculaires attribués autrefois à l'hypertrophie des amygdales buccales ou aux inflammations chroniques de l'arrière-gorge sont, au contraire, sous la dépendance de l'inflammation concomitante du tissu adénoïde naso-pharyngien et le plus souvent de son hypertrophie. Nous oserions presque dire que, chez les enfants atteints d'affection de l'oreille moyenne, c'est presque toujours le naso-pharynx qui est coupable ou qui le premier a été le siège de l'inflammation, cette dernière s'étant propagée par le canal tubaire jusque dans l'oreille moyenne ».

Ce n'est pas tant les pharyngites aiguës primitives, ou secondaires aux maladies éruptives ou générales de l'enfance, qu'il faut incriminer dans les maladies de l'oreille,

ce sont surtout les inflammations chroniques ; dans ces cas en effet, il y a presque toujours dans les oreilles une hyperhémie plus ou moins marquée ; s'accompagnant parfois d'exsudation ; de là à l'inflammation franche, il n'y a qu'un pas.

Mais ce sont surtout les formes chroniques de l'otite qui relèvent de la rhino-pharyngite ; bien des surdités infantiles attribuées autrefois à l'hypertrophie des amygdales buccales, et, en général, des inflammations chroniques de l'arrière-gorge sont maintenant rattachées par la plupart des otologues à l'inflammation du naso-pharynx : le rôle de l'arrière-gorge n'est plus considéré maintenant que comme très minime.

3° *Laryngite*.—La laryngite est souvent en effet secondaire à une inflammation locale, contiguë, permanente ou seulement passagère des voies respiratoires supérieures, inflammation se propageant par voisinage à la muqueuse laryngée. Les jeunes malades atteints de lésions inflammatoires des organes lymphatiques qui entrent dans la texture de la muqueuse pituitaire et pharyngienne sont ordinairement atteints de catarrhe prolongé du larynx.

Parfois même, dit Variot, les lésions inflammatoires du naso-pharynx provoquent, par leur présence seule, des accidents spasmodiques réflexes ; il y a spasme de la glotte sans laryngite proprement dite. Le larynx est en ce cas à peu près indemne de toute inflammation ; on ne peut pas dire qu'il y a vraiment laryngite puisque la toux, la dys-

phonie et les troubles de la respiration sont en pareille circonstance d'ordre purement nerveux.

Souvent les petits malades sont atteints la nuit d'accès de laryngite striduleuse, de spasme de la glotte. La déclivité de la tête pendant le sommeil permet en effet aux mucosités accumulées dans le naso-pharynx de gagner le larynx. Et le spasme se produit parce que ces mucosités tombant sur les régions aryénoïdiennes, irritent en même temps la paroi postérieure du larynx et la région hypoglot-tique.

Chez ces malades, l'affection procède par poussées sub-aiguës successives et tend naturellement à la chronicité.

Si la rhino-pharyngite par les mucosités entraîne la laryngite, par la simple obstruction des fosses nasales, elle suffit à la produire : la muqueuse laryngée en effet soumise à l'action continue d'un air qui ne s'est ni humidi-fié, ni réchauffé, ni débarrassé de ses impuretés, germes et poussières dans les cavités nasales, subit une irritation constante et une série de petites poussées inflammatoires qui aboutissent à l'établissement d'un catarrhe chronique.

4° Les bronchites, même la broncho-pneumonie, peuvent être une conséquence de la rhino-pharyngite, par infection descendante. Plus l'enfant est jeune, plus il faut redouter cette marche descendante de l'affection ; c'est ce qu'il ne faut pas oublier, pour ne pas s'exposer à de graves mécomptes.

5° Gastou signale des troubles digestifs par ingestion des crachats. Ces crachats en effet chargés de microbes,

arrivés dans l'estomac et dans l'intestin, peuvent produire par les fermentations qu'ils déterminent, de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée fétide.

6° Puisqu'on admet que les angines sont parfois la cause de troubles à distance par infection généralisée, il n'est pas téméraire de rapporter à la rhino-pharyngite une complication assez commune dans les angines : la néphrite. Le rhino-pharynx encombré de mucosités devient un foyer où les microbes pullulent, et ces microbes, soit directement, soit par les toxines qu'ils élaborent, peuvent déterminer du côté des reins une infection. Nous en rapportons une observation.

Ainsi, nous voyons que la rhino-pharyngite, qui en elle-même paraît une affection essentiellement bénigne, peut néanmoins devenir, sinon redoutable, du moins sérieuse par ses suites ; il importe donc de ne pas la méconnaître, de bien la savoir diagnostiquer pour lui appliquer un traitement convenable, qui mettra à l'abri de toutes ces complications.



Diagnostic

Le diagnostic est facile à faire. Quand une fois on a l'attention attirée vers la gorge ou vers le nez, un examen un peu complet permet d'éviter l'erreur ; le point délicat est de penser en effet à chercher dans la paroi naso-pharyngienne la cause de troubles plus ou moins voisins : laryngiens, auriculaires, etc., auxquels on appliquerait vainement un traitement si on ne traitait pas d'abord la lésion causale. Heureusement, pour ces troubles, on consulte en général un spécialiste, et son premier soin est d'examiner la gorge. La cause du mal est reconnue.

Il n'en est pas de même pour la toux ; nous avons dit que c'était un des symptômes capitaux, c'est en même temps celui qui fait causer le plus d'erreurs, car il fait penser immédiatement à une affection des voies respiratoires. Passons donc rapidement en revue celles avec lesquelles on confond le plus souvent la rhino-pharyngite, et voyons comment on les écartera.

1° La bronchite ; elle est éliminée par l'auscultation qui ne décèle ni ronflement, ni sibillance, ni râle, ni aucun bruit anormal enfin ; il ne faut cependant pas oublier qu'il peut y avoir coexistence des deux affections, la bronchite étant la résultante de l'affection du pharynx ;

2° La coqueluche ; c'est certainement une des maladies

le plus souvent confonduës avec la rhino-pharyngite; dans les deux cas, en effet, il y a une toux quinteuse, pouvant s'accompagner de nausées et de vomissements; dans la coqueluche, il y a des reprises à la fin des quintes, ce qui n'existe pas dans la rhino-pharyngite; dans cette dernière, la pression au niveau de la trachée ne provoque pas la toux; il n'y a pas de bronchite et toute idée de contagion doit être écartée par les commémoratifs. Aussi, la coqueluche bien caractérisée, bien confirmée, ne prête-t-elle guère à confusion. « Et cependant, disent Rilliet et Barthez, nous devons le dire par expérience, le médecin est souvent très embarrassé pour distinguer certains cas de toux quinteuse d'avec la coqueluche elle-même, surtout lorsqu'il ne peut pas être témoin des quintes et qu'il est obligé de s'en rapporter à la description donnée par des parents qui ne connaissent pas la maladie. » Il est vrai que maintenant nous avons un nouveau moyen de diagnostic, la recherche de la leucocytose. Henri Meunier (*Arch. de Méd. des Enfants*) a en effet montré sa constance et sa précocité, puisqu'elle existe même avant la quinte typique.

Mais où le diagnostic devient important, c'est à la fin de la coqueluche. La coqueluche s'accompagne souvent de catarrhe naso-pharyngien; celui-ci est entretenu par elle et bien souvent est la cause de la persistance des quintes; on rapporte à la coqueluche ce qui appartient en somme à la rhino-pharyngite, et on applique en vain un traitement général, alors qu'un traitement local serait venu à bout des quintes.

Et quelquefois même, sans rapporter à la coqueluche cette toux interminable, on la rapporte à l'adénopathie trachéo-bronchique, qu'on considère comme une suite si fréquente de la coqueluche. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Pour le moment, nous pouvons dire que souvent on se leurre sur ce mot; on est si habitué à entendre dire que l'adénopathie accompagne la coqueluche à son déclin qu'on lui rapporte volontiers de confiance tous les symptômes.

Il ne faut donc jamais, dans toute coqueluche, oublier d'examiner la gorge et le nez, sous peine de laisser souvent passer inaperçue la véritable cause de la persistance de la toux.

3° La rhino-pharyngite peut simuler parfois le croup, surtout chez les tous jeunes enfants, dont le pharynx et le larynx sont vite obstrués par les sécrétions; ce sont les troubles respiratoires alors qui dominent la scène; la respiration est pénible, très bruyante, et peut en imposer pour un cornage d'origine plus profonde. Les ailes du nez sont animées de battements précipités. Comby en rapporte une observation très probante: chez une fillette de 1 an à 18 mois, le catarrhe était tellement abondant que le larynx en était obstrué, et qu'on avait cru à un croup. Ce pseudo-croup céda très rapidement aux irrigations de la gorge et au nettoyage des fosses nasales.

4° Il ne faudrait pas non plus confondre avec la toux hystérique, d'autant plus que les petits malades sont souvent des nerveux, des impressionnables et qu'on pourrait

trop facilement rapporter à l'hystérie un symptôme qui ne dépend que d'une lésion locale.

5° En y regardant de près également, on reconnaîtra bien souvent que la prétendue toux de dentition tient à une lésion du naso-pharynx ; il est si commode de tout rattacher à la dentition ; et les enfants étant toujours en période d'activité dentaire, il est si facile de trouver, avec de la bonne volonté, du côté des gencives de quoi expliquer les troubles constatés.

6° Arrivons au grand point de la question. Nous avons dit dès le début que bien des enfants atteints de rhinopharyngite étaient pris pour des tuberculeux ; on les ausculte sur tous les côtés ; ne trouvant rien de bien net et de bien suffisant pour expliquer les manifestations morbides, on se rabat sur l'adénopathie trachéo-bronchique, tuberculeuse ou simple.

Les deux affections en effet ont bien des signes communs. La toux de l'adénopathie est rauque, quinteuse, simulant, de manière à tromper un praticien qui s'arrêterait à ce seul signe, celle de la coqueluche ; quelquefois même elle s'accompagne de reprise sifflante suivie d'expectoration pituitaire ou muqueuse et parfois de vomissements ; elle survient souvent le matin et le soir, à l'occasion d'un effort, d'un exercice un peu violent, etc. Il en est de même de la rhino-pharyngite comme nous l'avons vu.

Le ronflement est un second signe commun. « Le ronflement, dit Zuber, dans le récent *Traité des Maladies de l'Enfance*, peut être le symptôme capital de l'adénopathie. »

C'est un bruit sonore, inspiratoire, un véritable râle, qui existe surtout quand l'enfant s'agite, court, joue, ou pendant le sommeil et le décubitus dorsal. Il a les plus grandes analogies avec le ronflement qu'on observe chez les enfants atteints d'un obstacle respiratoire siégeant dans le pharynx « et on est fréquemment exposé soit à attribuer à l'adénopathie trachéo-bronchique un trouble qui est réellement sous la dépendance d'une lésion du pharynx, soit au contraire, à méconnaître une lésion des ganglions de médiastin, en cherchant dans le pharynx la cause du ronflement.

Les accès d'oppression, l'enrouement, les spasmes de la glotte, tout cela peut s'observer dans les deux maladies.

Par quoi sont-elles donc différenciées ? Par les symptômes physiques, disent les défenseurs de l'adénopathie trachéo-bronchique. L'adénopathie a pour elle des signes positifs et à la percussion et à l'auscultation ; à la percussion, diminution de sonorité d'un côté dont le siège est entre le scapulum et la deuxième ou la troisième vertèbre dorsale ; à l'auscultation dans la région précitée, diminution du murmure respiratoire, souvent une apnée complète ou le plus souvent un souffle rude, sec, tubaire, parfois caverneux, très retentissant. D'accord ; nous ne nions point l'adénopathie ; sans parler de ceux qui ont précédé les leurs, les travaux de Rilliet et Barthez (1840-1842), de Noël Guéneau de Mussy (1868-1885), de Baréty (1876), pour ne citer que les principaux, ont nettement établi son existence, et par la clinique et par les autopsies ; la symptomatologie et l'anatomopathologie en ont été nettement fixées.

L'adénopathie a été étudiée sous toutes ses formes, tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse, inflammatoire, etc. Au début, la forme tuberculeuse régnait en maîtresse. Mais comme certains petits malades finissaient par guérir, peu à peu la forme inflammatoire prit un rang prépondérant, si bien qu'on mit sur le compte de l'adénopathie simple une foule de troubles respiratoires qui ne doivent pas appartenir à elle seule. Le diagnostic d'adénopathie simple est devenu un peu banal, si nous osons le dire. Les affections du nasopharynx sont restées un peu dans l'oubli, toute toux présentant un caractère coqueluchoïde étant presque toujours rapportée à l'adénopathie. « Chez un enfant, dit J. Simon, atteint de toux impérieuse, sèche, quinteuse, coqueluchoïde, quelle qu'en soit la cause récente ou chronique, simple ou organique, vous pourriez toujours, ou presque toujours trouver, ne fût-ce que dans une région ganglionnaire, une altération du murmure respiratoire, un retentissement de la voix et du cri de l'enfant qui décideraient en faveur de l'adénopathie. » Cette adénopathie, ajoute-il, est le plus souvent dans ces cas, simple, non tuberculeuse, fait d'une valeur très importante au point de vue du pronostic, car l'amélioration et même la guérison de ces petits malades après, il est vrai, un traitement qui peut durer des mois et des années, sont la règle constante.

Cadet de Gassicourt au début n'était pas aussi convaincu : il n'admettait pas que l'adénopathie bronchique pût avoir une symptomatologie clinique en dehors de ses manifestations tuberculeuses. Il admettait bien l'existence

anatomique des adénites médiastines, puisqu'il est de loi générale que l'inflammation d'un organe produit l'inflammation ou la congestion des ganglions voisins, mais il ne croyait pas que cette inflammation se traduisit par des symptômes physiques ou rationnels. Cadet de Gassicourt est revenu un peu sur cette opinion, et l'adénopathie simple a pris depuis une grande place en pathologie infantile. Maintenant tous les traités en font mention et y consacrent des descriptions étendues, et tout récemment le Dr Jakhnine soutenait devant la Faculté de Paris (décembre 1897) une thèse sur l'adénopathie trachéobronchique simple chez les enfants.

Nous dirons dès maintenant qu'en principe nous admettons l'adénopathie simple, que nous admettons même qu'elle puisse se traduire parfois par des symptômes physiques quand les ganglions ont atteint un volume assez considérable. Mais nous protestons contre la prépondérance qu'a prise en pathologie infantile l'adénopathie simple et nous sommes persuadés que nombre de cas étiquetés adénopathies sont souvent des rhinites, des rhino-pharyngites. Les symptômes fonctionnels en effet sont communs dans les deux cas : mais les symptômes physiques sont peut-être assez nets pour trancher le diagnostic ? Non, et nous voyons justement attacher dans ces cas une grande importance aux signes fonctionnels. « Vous garderez comme dernière impression, dit J. Simon dans une clinique, que, dans le tableau changeant des symptômes de l'adénopathie, les symptômes fonctionnels ont une importance

énorme et priment les signes fournis par l'auscultation et la percussion de la région intra-scapulaire. Ces derniers sont souvent très peu marqués ».

Et en effet, les partisans les plus chauds de l'adénopathie l'avouent eux-mêmes, la percussion doit être faite très délicatement et nécessite un doigt et une oreille également exercés. Et même alors que trouve-t-on ? Des choses insignifiantes. Voici une observation rapportée par Geffrier (*L'adénopathie trachéo-bronchique chez les nouveaux-nés. Revue des Maladies de l'Enfance, 1892*) :

Enfant de 4 mois : toux, étouffement, etc. ; l'auscultation et la percussion ne permettent de constater que de la rudesse soufflante aux deux temps de la respiration dans l'espace interscapulaire, du retentissement exagéré, du cri et de la submatité au même niveau (région intertrachéo-bronchique). Vomitif, teinture d'iode, iodure de potassium. L'enfant n'a pas été suivi.

En voici une seconde, du même :

Enfant de 2 mois ; submatité et rudesse du bruit respiratoire dans l'espace interscapulaire.

On reconnaîtra avec nous que ces signes sont bien peu nets, surtout constatés chez des enfants aussi jeunes, qu'il est si difficile d'ausculter au milieu des cris et des pleurs, et de l'agitation incessante que provoque chez eux tout examen un peu prolongé. Et même en admettant que ces

signes aient été réellement constatés, ils n'ont pas toute l'importance que Geffrier veut bien leur accorder : « Les modifications respiratoires à l'auscultation de la région interscapulaire, dit Zuber, peuvent exister avec le même caractère de variabilité qu'elles présentent dans l'adénopathie, chez des enfants très maigres, chez lesquels le retentissement des bruits laryngés peut être tantôt éclatant, soufflant, tantôt faible, entre les deux épaules ».

D'autre part, Jakhnine dans sa thèse reconnaît que plusieurs des signes physiques, et même les plus importants peuvent manquer. « Ainsi dans cinq cas, M. Grancher n'a trouvé pour tout signe qu'un affaiblissement dû à la compression des voies aériennes. D'autre fois on ne constate que le cornage laryngien ou des altérations de la voix ».

Mais peut-être si les signes physiques sont peu probants, trouve-t-on dans l'anatomie pathologique la confirmation du diagnostic ? Malheureusement non, et pour cause. « Nous nous empressons de dire, ajoute Jakhnine, que nous n'avons pas eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant atteint d'adénopathie bronchique simple. M. Geffrier qui dirige le service des enfants depuis 13 ans à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, ne possède pas une seule observation d'adénopathie bronchique simple avec autopsie. C'est que ces enfants guérissent presque toujours et c'est une preuve de leur nature simple ».

Tout le monde reconnaîtra donc avec nous qu'il ne faut guère se baser sur des signes physiques si peu accentués et surtout sur une interprétation qui n'a pas le con-

trole de l'amphithéâtre, et nous sommes obligés d'en revenir à la formule de J. Simon citée plus haut : « Les symptômes fonctionnels ont une importance énorme et priment les signes fournis par l'auscultation et la percussion ».

Après tout ce que nous avons dit de la rhino-pharyngite et tout ce qui a été donné comme symptômes de l'adénopathie, après avoir montré que la toux coqueluchoïde, l'enrouement, la dyspnée, le tirage même s'observent quand le naso-pharynx est obstrué, après cela, dis-je, il nous est bien permis de rester incrédule sur cette fréquence de l'adénopathie simple, ayant une existence clinique.

Dans les deux cas, mêmes symptômes ; l'âge est le même, de quelques mois à 6 ou 7 ans ; les fièvres éruptives et la coqueluche en particulier les précèdent ou les accompagnent ; il n'y a pas jusqu'au traitement qui souvent ne réussisse chez les uns et chez les autres. J. Simon a vu des toux quinteuses, chez des enfants non tuberculeux, ayant guéri par la cure au Mont-Dore, par les eaux d'Enghien, par la quinine, etc. Geffrier a obtenu des succès par l'iodure de potassium. Quoi d'étonnant, ces malades ont un tempéramment lymphatique, comme ceux atteints de rhino-pharyngite ; dans les deux cas, le traitement général fait, je ne dis pas merveille, mais est d'un grand secours.

Si donc, ni les signes physiques, ni les signes fonctionnels ne sont suffisamment nets pour établir un diagnostic ferme, nous en concluons que souvent on a mis sur le compte de l'adénopathie ce qui ne lui appartenait pas. Sans

attacher l'importance qui revient au naso-pharynx, on s'est laissé trop facilement entraîner à rapporter aux ganglions du médiastin bien des troubles qu'on aurait dû rattacher à des lésions naso-pharyngiennes. « Nous avons vu, dit Comby, plusieurs enfants que M. J. Simon ou d'autres médecins avaient traité pour de l'adénopathie trachéobronchique simple, et qui avaient simplement de la rhinite, de la rhino-pharyngite. »

N'a-t-on pas été jusqu'à rapporter à l'adénopathie le stridor des nouveaux-nés qui, s'il ne reconnaît pas toujours pour cause un catarrhe du rhino-pharynx, est souvent co-existant avec lui, et, du moins, est complètement indépendant de l'adénopathie.

En terminant cette longue discussion, nous ne voudrions pas être taxé de partialité; dès le début nous avons admis que dans certains cas, l'adénopathie, même simple, pouvait avoir une existence clinique: nous reconnaitrons ici que le diagnostic d'obstacle rhino-pharyngien peut être porté alors qu'il existe une véritable adénopathie trachéobronchique, ainsi que Zuber en rapporte un exemple: Un enfant de onze ans, entré salle Bouchut, présentait, sans aucun trouble de la santé, une respiration bruyante, véritable cornage presque continu. En l'absence de tout symptôme thoracique, on pensa à l'existence de végétations; on fit quelques tentatives opératoires. L'enfant fut cependant amélioré pendant 2 mois, puis le cornage reparut, à ce moment très intense, sans rien d'appréciable dans le rhino-pharynx, mais avec les signes nets d'une adénopathie tra-

chéo-bronchique. En même temps, l'enfant cachectisé présentait les signes de la tuberculose chronique diffuse.

Ceci montre combien le diagnostic peut être quelquefois délicat et avec quel soin, avant de se prononcer, il faut examiner les fosses nasales et le pharynx.

Pour nous résumer, nous dirons que le diagnostic de rhino-pharyngite est très simple dans la plupart des cas et qu'il suffit d'un examen un peu attentif pour ne pas faire fausse route ; il faut toujours penser, chez les enfants, à examiner la gorge et ne pas porter de confiance un diagnostic que souvent un examen plus approfondi ferait reconnaître erroné.



Traitement

Au début de ce chapitre, nous ne saurions mieux faire que de rappeler ce que dit Ollivier dans une de ses cliniques : « Supposons qu'on ait en vue, comme autrefois, la muqueuse seule, qu'on veuille lui restituer son intégrité, et qu'on y arrive même. On fait disparaître les granulations et la rougeur, ou tout au moins la sécrétion ; si l'on ne fait que cela, on ne guérit rien, et tout est à recommencer ; la cause d'irritation qui siège dans l'arrière-narine agit toujours ; on peut être sûr qu'elle reproduira les effets qu'on s'est obstiné à combattre. »

Il faudra donc traiter tout d'abord la rhinite, sous peine d'avoir toujours une cause d'irritation pour le pharynx ; en même temps, il sera bon de traiter la pharyngite, mais, nous ne saurions trop insister là-dessus, ce n'est là qu'un traitement secondaire ; et d'ailleurs chez les enfants, la voie nasale n'est-elle pas la meilleure pour faire pénétrer des topiques dans l'arrière-pharynx.

Voyons donc quels sont ces moyens :

On introduit trois ou quatre fois par jour dans les narines des tampons effilés en pointes, proportionnés à la longueur des narines, d'ouate hydrophile trempés dans la vaseline boriquée. L'enfant étourdi d'abord, puis supporte

le contact de l'ouate. il renifle, la vaseline pénètre dans les fosses nasales jusqu'à la cavité pharyngée.

A la vaseline boriquée, on peut joindre des substances astringentes, telles que l'alun, le tanin, à doses variées, suivant l'âge, et surtout l'antipyrine.

L'antipyrine fait bien ; elle est peu toxique chez l'enfant :

Vaseline.....	20 gr.
Acide borique.....	1 gr.
Antipyrine.....	0 gr. 50 à 1 gr.

suivant l'âge.

C'est là le traitement de Gastou.

Nous lui préférons le traitement de Comby, car les enfants ne supportent pas toujours les tampons et sont rebelles à leur introduction.

Comby instille matin et soir dans chaque narine une ou deux gouttes de mixture suivante :

Huile d'amande douce.....	10 gr.
Menthol.....	0.25 à 0.50 c.

L'huile mentholée après avoir très efficacement impressionné la muqueuse des fosses nasales pénétrera jusque dans le rhino-pharynx en prenant soin de mettre, pendant l'injection, légèrement en arrière la tête de l'enfant.

Aux enfants plus âgés, on pourra faire priser des poudres :

Acide borique.....	10 gr.
--------------------	--------

ou bien :

Aristol.....	à à 5 gr.
Lactose.....	— —

ou bien :

Acéto-tartrate d'alumine..... 4 gr.

Lactose..... 6 gr.

Il ne faudra pas négliger non plus les vaporisations, les pulvérisations naso-buccales tièdes avec l'eau boriquée ou salée, les eaux sulfureuses d'Enghien, de la Bassère (Hautes-Pyrénées), de Challes, du Mont-Dore, etc., au besoin même les grands lavages avec le siphon de Weber.

Si ces moyens ne suffisaient pas, mais, hâtons-nous de le dire, ils suffisent la plupart du temps, on pourrait agir directement sur la paroi pharyngienne par des badigeonnages avec de la résorcine à 5 p. 100, ou bien :

Glycérine P. E.

Teinture d'iode

Wladimir de Holstein (Sem. Méd. 1892) préconise le mélange suivant :

Iode pur..... 0,25 cent.

Iodure de potassium..... 2 gr.

Glycérine..... 20 gr.

Ess. de menthe poivrée... IV gouttes

Deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une tige recourbée de façon qu'on puisse pénétrer avec elle derrière la luette jusqu'à la voûte pharyngo-nasale, on pratique de simples attouchements sur cette voûte ; mais sur la paroi postérieure du pharynx, on fait avec le tampon des frictions assez énergiques qui contribuent puissamment au dégonflement et à la décongestion de la muqueuse.

Audat

Voilà pour le traitement local, mais nous ne devons pas oublier que nos petits malades sont des lymphatiques, des malingres, des chétifs, et qu'il leur faut un traitement général reconstituant ; l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tanique sont donc tout indiqués ; une bonne alimentation leur sera nécessaire ; l'air et le soleil leur seront d'un grand secours ; une saison au Mont-Dore ne leur sera pas inutile.

Et avec un traitement bien dirigé, d'après les indications que nous venons d'exposer, nous verrons disparaître tous ces troubles qui depuis de longs mois faisaient le désespoir de la famille et lui causaient des alarmes, que malheureusement l'inefficacité des traitements précédemment employés ne servait qu'à justifier.



OBSERVATIONS

Nous ne rapporterons que quelques observations ; il serait de peu d'intérêt d'en rapporter un plus grand nombre, car elles seraient identiques et calquées les unes sur les autres ; aussi, pour éviter des redites, nous nous contenterons d'en rappeler quelques-unes que nous avons trouvées dans les auteurs ; nous en ajouterons plusieurs recueillies à la consultation de M. Comby aux Enfants-Malades.

Observation 1

(In Thèse de Palas, 1896)

Marceline F..., 12 ans 1/2. Depuis un an, toux très fréquentée, quinteuse ; quintes violentes et se produisant aussi bien le jour que la nuit.

La mère très inquiète, craignant pour la poitrine, consulté un médecin qui, ne trouvant rien à l'auscultation et constatant un état général très bon, écarte la tuberculose et l'envoie à la clinique.

Depuis assez longtemps, l'enfant dort la bouche ouverte et ronfle.

A l'examen, catarrhe rhino-pharyngien abondant, toute la paroi postérieure du pharynx est tapissée par une couche de muco-pus verdâtre.

Ce pus enlevé, on trouve des granulations sur la paroi postérieure.

On constate un peu de rhinite.

Les granulations détruites, la toux diminue.

Observation 2

(In Thèse de Palas, 1896)

Arsène M..., 11 ans.

Dans ses antécédents, rougeole. Depuis longtemps, touse, toux rauque, se produisant surtout le matin, sèche, traitée longtemps par des potions sans résultat. L'auscultation est négative.

Légers troubles respiratoires consistant en petites crises d'étouffement la nuit; le sommeil est agité.

Bouche ouverte, obstruction nasale.

Par intermittences, dureté d'oreille avec bourdonnement.

A l'examen, pharyngite fongueuse, muco-pus abondant.

Le 20 novembre, on enlève les fongosités.

Le 27 novembre, badigeonnage à la teinture d'iode; la toux a disparu presque complètement; il n'a plus eu une seule crise d'étouffement.

Observation 3

(Ollivier. Leçons cliniques sur les Maladies des Enfants),

Noir... Adrien, 13 ans.

Père phthisique et mère épileptique ; un de ses frères est mort de convulsions à 2 ans.

Cet enfant a lui-même des attaques convulsives comme sa mère. Jamais maux d'yeux ni d'oreilles. La seule manifestation strumeuse qu'il présente est une adénopathie sous-maxillaire chronique, que rien du côté des gencives et du système dentaire ne permet d'expliquer.

Au moindre refroidissement, il s'enrhume, a du coryza, de l'enrouement et de la toux ; les rhumes se répètent fréquemment en raison de sa profession (il est apprenti pâtissier), qui, du reste, y prédispose, et pendant toute leur durée il rend par les narines et par la bouche une grande quantité de mucus. Quand il n'est pas enrhumé, il cesse de moucher, mais il rend toujours par sputation des mucosités venant, par le pharynx, des arrière-narines.

A l'inspection de la gorge, on voit sur la paroi postérieure du pharynx un grand nombre de granulations grosses comme des lentilles, et sur les bords et au-dessous de la luette, un amas de mucus blanc jaunâtre qui vient probablement du pharynx supérieur. L'exploration digitale permet de constater que celui-ci est libre, sans végétations adénoïdes. Du reste, si le malade est parfois enchifrené, il désobstrue facilement ses fosses nasales en faisant une forte inspiration par le nez seul ; il rend alors quelques muco-

sités par la bouche et n'éprouve plus aucune difficulté à respirer la bouche fermée.

La voix n'est pas altérée ; l'audition et l'odorat sont bons.

Il s'agit évidemment dans ce cas d'une angine glanduleuse et d'un catarrhe des fosses nasales postérieures.

Observation 4

(Ollivier. id.).

Jeune lycéen, toussant depuis longtemps à faire pitié. Il avait subi sans succès des traitements de plusieurs natures. Le médecin qui l'avait traité jusqu'alors était arrivé à si bien croire à la tuberculose qu'il voulait à tout prix l'envoyer dans le Midi : heureusement qu'on n'entendait rien de suspect à l'auscultation et que l'état général était satisfaisant.

Par acquit de conscience, j'examinai la gorge : il y avait une angine glanduleuse : l'écoulement par la paroi postérieure du pharynx de gouttelettes de mucus gris-jaunâtre en montrait le point de départ. On le vit mieux encore par l'examen rhinoscopique.

Un traitement topique fut institué, et tout disparut, la toux, comme le reste.

Observation 5

(Gastou. La toux nocturne émetisante des jeunes enfants et le coryza. Journal de clinique et de thérapeutique infantiles, 18 oct. 1896).

A..., âgé de 4 ans.

Père névropathe, dyspeptique : prédisposition à des affec-

tions hépatiques ; a eu déjà la jaunisse ; son père a été également atteint d'une maladie du foie.

Mère albuminurique ; a été opérée il y a quelques mois de végétations adénoïdes.

L'enfant est sujet au faux croup ; il tousse fréquemment ; il lui arrive très souvent et surtout par les temps humides et froids de tousser par quintes dès qu'on le met au lit ou qu'il se réveille. Ces quintes sont coqueluchoïdes, nauséuses ; l'application des révulsifs les augmente.

Enrouement ; oppression par accès.

Aucun signe d'affection thoracique. Langue normale. Rien à l'abdomen.

L'enfant présente souvent du coryza. L'examen du pharynx montre un écoulement muco-purulent provenant de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Traité par des potions calmantes sans aucun résultat, l'enfant guérit de sa toux par l'introduction répétée de vaseline bori-quée dans le nez.

Observation 6

(Gastou, idem)

B. 2 ans 1/2.

Père atteint de prurigo, strabique ; fils lui-même d'un goutteux eczémateux et neurasthénique.

Mère albuminurique, fille de goutteuse et d'eczémateuse.

Un frère emphysémateux et sujet à des poussées d'herpès.

L'enfant B. vomit à certaines périodes de l'année, au prin-

temps et à l'automne, et vomit surtout le soir et matin, principalement à la suite de quintes de toux accompagnées d'étouffement et d'agitation. Pas d'enrouement. Langue sale. Abdomen ballonné. Selles fétides. Eruptions bulleuses fréquentes des téguments.

Rien dans la poitrine,

Coryza postérieur, rougeur pharyngée.

Pas d'action des calmants.

L'application de vaseline boriquée, d'antipyrine et l'antisepsie intestinale font disparaître la toux.

Observation 7

(Personnelle)

C, 8 ans ; assez grand, mais pâle et maigre.

Père et mère nerveux.

A eu rougeole à 3 ans. Est très nerveux lui-même, a un tic du bras droit.

Est atteint depuis 6 mois de l'affection pour laquelle on vient consulter. N'a pas grand appétit. Toux sèche, quinteuse. Respire la bouche ouverte. Ne mouche pas. Sommeil léger, très agité.

A été soigné jusqu'à présent sans résultats.

A l'examen on ne constate rien dans la poitrine.

Mais, en faisant ouvrir la bouche, on constate que la gorge est rouge, et l'on voit un paquet de mucosités qui descendent du pharynx supérieur.

Traitement. — 3 fois par jour, installation de la mixture suivante ;

Huile d'amandes douces.....	10 gr.
Menthol.....	0.20 c.
Laudanum de Rousseau.....	II g ^{ts} .

Observation 8

(Personnelle)

Jeanne F..., 6 ans 1/2.

Père et mère, ainsi que 2 frères bien portants.

Né à terme. Nourrie au sein par sa mère jusqu'à 18 mois. A marché à 11 mois. 1^{res} dents à 5 mois.

Bien portante jusqu'à un an, mais depuis toujours malade.

Scrofuleuse : a eu des glandes au cou qui ont suppuré et qu'on a incisé ; a les yeux malades depuis 18 mois.

Il y a un an coqueluche, qui a duré très longtemps.

Il y a six mois rougeole. Depuis, a presque toujours toussé par quintes surtout le matin. Présente du coryza antérieur depuis plusieurs semaines.

Actuellement, l'enfant est enflée et oppressée, la face est bouffie. L'œdème remonte à 3 jours.

Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Rien au cœur.

Albuminurie assez notable.

Kérato-conjonctivite.

A l'examen de la gorge, mucosités abondantes descendant du naso-pharynx.

Diagnostic. — Néphrite aiguë ayant probablement son point de départ dans la rhino-pharyngite.

Traitement. — Régime lacté, révulsion sur la région lombaire, purgation.

Instillations nasales d'huile mentholée au 1/50 deux ou trois fois par jour.

Observation 9

(Personnelle)

R..., 3 ans 1/2.

Rougeole, il y a 2 ans.

Depuis 2 mois a une toux sèche qui survient surtout par quintes.

L'état général est assez bon.

Les parents après avoir déjà usé de nombreuses potions calmantes et croyant l'enfant atteint de bronchite, l'amènent à la consultation.

A l'auscultation, rien.

Coryza antérieur.

A l'examen de la gorge, on voit une nappe de muco-pus tapissant la paroi postérieure du pharynx. Après avoir nettoyé cette paroi avec un tampon d'ouate, on aperçoit de nombreuses granulations, qui sont évidemment sous la dépendance du catarrhe.

Traitement. — Huile mentholée et pulvérisations 3 fois par jour d'eau boriquée.

Observation 10

(Personnelle)

C..., 10 ans.

Père et mère bien portants.

Scarlatine à 6 ans.

Depuis s'est toujours bien porté.

Mais, il y a un mois, à la suite d'un léger refroidissement, s'est mis à tousser, surtout le matin au réveil ; il rendait à ce moment des crachats assez abondants. Il présentait en même temps du coryza.

Il y a quatre ou cinq jours, a été pris d'une vive douleur dans l'oreille droite ; cette douleur a persisté jusqu'à hier. Depuis qu'elle a cessé, écoulement extérieur par l'oreille.

A l'examen, rien à l'auscultation.

La gorge est tapissée de mucosités abondantes, qui descendent de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Coryza antérieur.

Donc rhino-pharyngite, compliquée d'otite moyenne aiguë, avec perforation de la membrane du tympan.

Traitement. — Huile mentholée et lavage de l'oreille.

Observation 11

(Personnelle)

F..., 4 ans.

Rien de particulier dans les antécédents, sauf une prédisposition aux maux de gorge.

Tousse depuis plusieurs mois, la nuit et le matin, sans que son état général en souffre.

Est fréquemment enchifrenée.

La mère, mettant sur le compte de l'hypertrophie des amygdales cette toux persistante, vient à la consultation demandant leur ablation.

A l'examen, rien dans les poumons.

La paroi postérieure du pharynx est couverte de muco-pus descendant des arrières-narines. Ce pus enlevé, quelques granulations apparaissent.

Amygdales un peu grosses, mais pas suffisamment pour jouer un rôle véritable dans la production de la toux.

Traitement : Huile mentholée ; pulvérisation d'eau d'Enghien.

Observation 12

(Personnelle)

G..., 11 ans, assez grand, mais pâle, maigre, mauvaise mine.

A un frère aîné très vigoureux.

Parents sains.

Nourri au sein par une nourrice. A marché de bonne heure. Pas de maladie sérieuse, sauf une rougeole, il y a quelques années.

Mange vite, boit beaucoup (neuf grands verres d'eau rouge par jour) ; estomac dilaté et tympanique, sans constipation. Parfois vomissements.

Auscultation du cœur, des poumons ; négative.

On craint cependant que l'enfant ne devienne phtisique, car il

tousse fréquemment, surtout le matin, et il rend parfois des crachats purulents. La toux est sèche, pénible, un peu quinteuse.

Le nez paraît bien perméable; l'enfant ne dort jamais la bouche ouverte. Voûte palatine normale. Pas d'écoulement nasal extérieur. Pas de coryza antérieur.

Mais quand on regarde la gorge avec l'abaisse-langue, on voit descendre derrière le voile du palais, sur la paroi postérieure du pharynx, des paquets muco-purulents épais qui provoquent immédiatement des accès de toux.

Il est évident que l'enfant a une pharyngite végétante ou mieux une rhino-pharyngite chronique.

Amygdales normales, un peu développées. Pas de follicules saillants à la partie inférieure du pharynx.

La pharyngite est située très haut, et l'arrière-cavité des fosses nasales semble surtout atteinte.

Traitement. — Huile mentholée; pulvérisation d'eau d'Enghien; régime de la dyspepsie.



CONCLUSIONS

1° La rhino-pharyngite est une affection très fréquente chez les enfants ; elle existe aussi bien dans les premiers mois que vers douze ou treize ans ; le tempérament lymphatique y prédispose incontestablement ; les végétations adénoïdes et les granulations qui souvent coexistent avec elle en sont plutôt l'effet que la cause.

2° Les symptômes capitaux de la rhino-pharyngite sont un catarrhe nasal avec écoulement purulent descendant le long de la paroi postérieure du pharynx accompagnée de toux quinteuse suivie de nausées et parfois de vomissements ; quelquefois, il s'y joint des accès d'oppression.

3° Cette affection est très souvent méconnue parce qu'on n'y pense pas ; on porte le diagnostic de bronchite, de coqueluche, parfois même de tuberculose ou d'adénopathie trachéo-bronchique simple ; il suffit d'examiner la gorge pour redresser l'erreur.

4° L'adénopathie trachéo-bronchique simple a été très souvent confondue avec elle ; les symptômes sont les mêmes dans les deux cas ; et dans la première, les signes physiques sont souvent trop peu nets pour pouvoir affirmer

sûrement une adénopathie qui, si elle existe anatomiquement, est loin d'exister toujours cliniquement. Nous admettons cependant l'adénopathie trachéo-bronchique simple ; mais pour nous, bien des prétendues adénopathies ne sont autre chose que des rhino-pharyngites méconnues, surtout chez les jeunes enfants où l'auscultation est si difficile.

5° La rhino-pharyngite en elle-même n'est pas grave, mais elle est tenace ; et, de plus, ce qui assombrit un peu le pronostic, c'est que mal soignée, elle peut entraîner des complications sérieuses, otites, laryngites, bronchites, troubles digestifs, etc.

6° Le catarrhe ayant pour siège principal l'arrière-cavité des fosses nasales et le pharynx supérieur, le traitement devra donc être dirigé tout d'abord de ce côté ; on agira par des instillations de principes antiseptiques dans les fosses nasales ; l'huile mentholée semble le médicament à employer de préférence ; si cela ne suffit pas, des badiageonnages du pharynx avec des préparations astringentes et antiseptiques ne seront pas inutiles. Un traitement général devra toujours être institué en même temps (huile de foie de morue, cure d'air, Mont-Dore, etc.)

Vu :

Le Président de la la Thèse
HUTINEL.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

